



# Skjerming – en terapeutisk metode som fremmer helse og lindrer lidelse?

*Kvalitativ metasyntese i et omsorgsvitenskapelig perspektiv*

## Shielding – a Therapeutic Method that Promotes Health and Alleviates Suffering?

*Qualitative Metasynthesis in a Care Science Perspective*

Niklas Gunnheim

*Universitetslektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet*

[niklasgu@oslomet.no](mailto:niklasgu@oslomet.no)

Dagfinn Nåden

*Professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet*

[dagfinn@oslomet.no](mailto:dagfinn@oslomet.no)

Berit Foss

*Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet*

[beritf@oslomet.no](mailto:beritf@oslomet.no)

### Sammendrag

Skjerming anvendes som terapeutisk metode i psykisk helsevern. Studiens hensikt er å undersøke hvordan pasienters erfaringer med skjerming blir beskrevet i vitenskapelige artikler, samt å undersøke hvilken betydning skjerming har for å fremme helse og lindre lidelse hos pasienter i psykisk helsevern. Metoden er kvalitativ metasyntese inspirert av Noblit og Hare (1988). Datamaterialet består av seks vitenskapelige artikler og en doktorgradsavhandling hvor pasientenes egne erfaringer med skjerming fremgår. Datamaterialet tolkes hermeneutisk i lys av omsorgsvitenskapelig teori om helse og lidelse. Studiens resultat fremstilles ved tre metaforer: **Fengselet** – å kjenne seg ufri og innestengt. **Asylet** – å kjenne seg hjulpet og beskyttet mot fare. Helhetlig forståelse gjenspeiler den overordnede metaforen: **Lengsel mot frihet og verdighet**. Metaforen belyser og illustrerer at bevegelsen mellom asyl og fengsel er en bevegelse i helse og lidelse, hvor pasientene lengter etter frihet og verdighet.

Det konkluderes med at dersom skjerming skal ha terapeutisk hensikt og fremme helse og lindre lidelse, må skjerming gjenspeile metaforen Asyl. Metaforen Fengsel har ikke terapeutisk innhold og kan derimot bidra til pleie- eller behandlinglidelse som et resultat av skjerming.

Nøkkelord

Psykisk helse, omsorg, frihet, verdighet, hermeneutikk, lengsel

### Abstract

Shielding is used as a therapeutic method in mental health care. The aim of the study is to investigate how patients' experiences of shielding are described in scientific articles, as well as examine the role of shielding (the significance of shielding) in promoting health and alleviate suffering in patients in mental health care. The method of qualitative metasynthesis inspired by Noblit & Hare (1988) was applied. The data material consists of six scientific articles and a doctoral thesis, in which the patients' own experiences of shielding appear. The data material is interpreted hermeneutically in light of caring science theory of health and suffering.

The result of the study is presented through three metaphors: *The Prison – to feel a lack of freedom and being locked up*, and *The Asylum – to feel helped and protected from danger*.

Overall understanding is reflected in the overarching metaphor *Longing for freedom and dignity*. The metaphor illuminates and illustrates that the movement between asylum and prison is a movement in health and suffering, in which patients long for freedom and dignity. The conclusion is that if shielding is to have a therapeutic purpose and is to promote health and relieve suffering, it must reflect the metaphor of *The Asylum*. The metaphor of *The Prison* has no therapeutic content and may promote suffering due to care, as a result of shielding.

#### Keywords

Mental health, caring, freedom, dignity, hermeneutics, longing.

## Innledning

Skjerming er en terapeutisk metode som ofte anvendes i psykisk helsevern (Holte, 2003). Innen medisin er terapeutisk noe som har med behandling å gjøre (Kåss, 2021). I 2020 ble det fattet skjermingsvedtak ovenfor 2974 personer (Tvangsforsk, u.å.), særlig overfor personer med psykotiske forvirringstilstander og manisk lidelse (Holte, 2003). Metoden skal begrunnes i behandlingsmessige hensyn eller av hensyn til andre pasienter (Helsedirektoratet, 2017). Om det er nødvendig å begrense pasientens sanseinntrykk, blant annet i situasjoner der pasienten utviser tiltagende uro eller angst, kan skjerming vurderes for å motvirke forverring av pasientens tilstand (Holte, 2003). Viktige intervensjoner ved skjerming er å overta for pasientens sviktende egofunksjoner og tilfredsstillende pasientens behov, slik at pasienten kan samle seg igjen og oppleve trygghet (von Krogh, 2005). Det legges vekt på å skape struktur, redusere stimuli og roe ned og trygge pasienten (Ruud et al., 2019). Metoden innebærer å holde pasienten borte fra medpasienter samt personale som ikke deltar i undersøkelse, behandling og omsorg for pasienten (Sivilombudsmannen, 2018). Skjerming gjennomføres som regel i en egen lukket og fysisk avgrenset del av avdelingen (Hatling, 2013; Vatne, 2006; Ruud et al., 2021), hvor det er begrensede muligheter for stimuli, og bestemte regler for atferd (Vatne, 2006).

Skjerming slik det praktiseres i Norge, skiller seg fra hvordan man vanligvis gjør det internasjonalt (Iversen et al., 2011; Sivilombudsmannen, 2018). I internasjonal litteratur anvendes ofte begrepet *seclusion*, noe som betyr avskjerming, og som metode samsvarer mer med isolasjon i Norge. *Seclusion* som metode har historisk sett vært brukt for å kontrollere atferden til pasienter i psykisk helsevern for å sikre ro og orden (Ezobebe et al., 2014) og kan derfor betraktes som en administrativ metode uten terapeutisk hensikt.

*Skjerming* ble utviklet som behandlingsmetode i Norge rundt slutten av 1970-årene (Norvoll et al., 2015). Dette førte til at skjerming overtok gradvis for isolat og ble en miljøterapeutisk metode fra midten av 1980-årene. Skjerming ble tidligere beskrevet på en administrativ måte uten å få frem at det var et terapeutisk element (Bjørkly, 1995). Det var søkelys på hvordan man skulle gjennomføre skjerming, men få studier undersøkte effekten av denne behandlingsmetoden (Norvoll et al., 2015). I nyere fagutviklingsprosjekter har kontroll, fysisk makt og passiverende restriksjoner ved skjerming blitt mindre vektlagt til fordel for mer anerkjennende, dialogbaserte tilnærminger (Norvoll et al., 2015). I en upublisert rapport fra Sanderud sykehus ble pasienter intervjuet om hvordan de opplevde å bli skjermet (Holte, 2003). Det var stor variasjon i svarene, men positive erfaringer som ble trukket frem, var trygghet ved tilstedeværelse av helsepersonale, at pasientene hadde en fast kontakt de kunne prate med, samt ro og hjelp til å dekke deres behov. Negative erfaringer pasientene merket seg, var rigide regler, streng gjennomføring, mange personer å forholde seg til og å bli innestengt. Iversen et al. (2011) fant at pasientene var generelt positive til metoden. Støtte fra personale, å bli behandlet med respekt og en følelse av trygghet på den skjermede

enheten ble trukket frem som positivt. Haugom og Granerud (2016) intervjuet helsepersonalet om betydningen av skjerming og fant at kontroll blir sett på som en viktig faktor for skjerming. Dersom pasienten er truende mot andre pasienter eller personalet eller på andre måter skaper uro på avdelingen, vil det å skjerme pasienten fra omgivelsene kunne skape ro og trygghet for andre. Personalet oppgir også reduksjon av stimuli som en viktig faktor for skjermingen. Rolige omgivelser beskrives å kunne bidra til at pasienten samler seg, demper angst og fremmer bedring. Ifølge Sivilombudsmannen (2018) er skjerming et tvangstiltak med en markant lavere terskel enn tvangsmiddelet isolering samtidig som tiltaket kan anses som et effektivt behandlingstiltak til tross for svakt kunnskapsgrunnlag.

Skjerming ble i begynnelsen sett på som behandling og ikke tvang og var derfor ikke lovregulert (Hatling, 2013). På grunn av klager fra pasientene som opplevde det som tvang i 1990-årene, ble skjerming lovregulert i Norge i 1999. Kriteriene for vedtak er siden da innskjerpet. Skjerming har imidlertid i økende grad blitt sett på som et ufrivillig tvangstiltak med en lovlig formalisert avgjørelse fra en overlege og er strengt regulert av lov om psykisk helsevern (Ruud et al., 2021). I henhold til at skjerming har mange tvangsaspekter ved seg, vil metoden være et svært alvorlig inngrep i pasientenes liv og selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2017). Sivilombudsmannen har undersøkt noen av forholdene der pasienter skjerms, og hevder at det bærer preg av isolasjon og i noen tilfeller nedverdiggende og umenneskelig behandling (Sivilombudsmannen, 2017). I henhold til nye faglige nasjonale råd skal det legges til rette for tilnærminger og tiltak som kan forebygge bruk av tvang (Helsedirektoratet, 2022). Dette synliggjør behovet for faglig begrunnelse og grundig vurdering ved anvendelse av skjerming. Det synes å være behov for økt kunnskap om hva skjerming innebærer for pasientene, og hvilken terapeutisk betydning det kan ha for å fremme helse og lindre lidelse.

*Studiens hensikt* er å undersøke hvordan pasienters erfaringer med skjerming blir beskrevet i vitenskapelige artikler, samt å undersøke hvilken betydning skjerming har for å fremme helse og lindre lidelse hos pasienter i psykisk helsevern.

## **Teoretisk perspektiv**

Å arbeide ut ifra et bestemt teoretisk perspektiv innebærer å ta stilling til ontologi, epistemologi og metodologi samt etikk (Eriksson, 2001). Studien har sitt utgangspunkt i et omsorgsvitenskapelig perspektiv som er utviklet av Katie Eriksson og kolleger ved Åbo Akademi i Finland (Eriksson, 1990, 2006, 2010, 2018). Perspektivet ble valgt fordi det relaterer omsorg til menneskets ontologi og til en etikk som har sitt motiv i nestekjærlighet og ansvaret for det lidende mennesket. Et eksplisitt perspektiv gir retning og fremmer forståelse av hva som er selve saken (Gadamer, 2004). I et omsorgsvitenskapelig perspektiv er omsorgens sak å fremme helse og lindre lidelse i en ånd av barmhjertighet og kjærlighet. Det innebærer å verne om menneskets verdighet (Eriksson & Lindström, 2009; Eriksson, 2018). Skjerming som terapeutisk metode har sin forankring i et medisinsk perspektiv hvor behandling av sykdom står sentralt. Et omsorgsvitenskapelig perspektiv har oppmerksomheten rettet mot omsorgens betydning for hvordan mennesket selv opplever helse og lindring av lidelse. Dette perspektivet kan bidra til økt forståelse for hva skjerming som terapeutisk metode er og bør være for pasientene. Omsorgsvitenskapen har sitt utgangspunkt i synet på mennesket som en enhet som består av kropp, sjel og ånd, og denne enheten er knyttet til menneskets verdighet (Eriksson, 2010). Omsorgsetikkens ytterste hensikt er å ivareta menneskets verdighet, dets absolutte verdi som menneske og dets rett til selvbestemmelse (Eriksson, 1995). Menneskets absolutte verdighet betyr å inneha det menneskelige embetet, å tjene i kjærlighet og å være til for den andre (Eriksson, 1992, 2001).

Etiske implikasjoner for pasienten er at skjerming kan oppleves mer som tvang enn behandling. I en kultur som innebærer elementer av tvang, synes omsorg å være en forutsetning for etisk tilnærming til pasientene. Ifølge Nåden et al. (2018) er omsorg en grunnleggende etisk verdi i et humant fellesskap.

En kan stille seg spørrende til om kjærlighet og omsorg får for liten plass i en sykehuskultur hvor skjerming som metodisk tilnærming står sentralt. Metodisk tilnærming kan innebære standardisering og fare for teknisk og instrumentell tenkning og handling. Martinsen (1993) hevder at når metoden vektlegges, kan den rive i stykker og dele opp fordi menneskets liv underlegges det lovmessige, kalkulerbare og forutsigbare. Faren er at dette kan gi forrang fremfor omsorg og individuell tilnærming til den enkelte pasientens behov for hjelp.

Å oppleve at man har verdi, er av grunnleggende betydning for helse, og det å krenke menneskets verdighet kan medføre lidelse (Eriksson, 2018). Oppmerksomheten rettes derfor utover et medisinsk behandlingsperspektiv mot omsorgens betydning for pasientenes opplevelser av helse og lidelse i møte med skjerming.

## Hermeneutisk metodologi

Studien er forankret i Hans Georg Gadamer (1900–2002) hermeneutiske filosofi. Denne forankringen er valgt for å kunne utvikle ny kunnskap ved å gå utover kun å beskrive eksisterende resultater i det valgte datamaterialet. Ifølge Zimmer (2006) kan enkeltstudier ses som et hele på et mer abstrakt nivå gjennom en prosess med tolkning og syntese. Ifølge Gadamer (2004, s. 344–345) er det av betydning å stille spørsmål i et bestemt perspektiv for ikke å komme skjevt ut. Med dette menes at når man stiller spørsmål ut fra et bestemt perspektiv, er man som forsker eksplisitt og bevisst sin forforståelse og perspektiv når det gjelder synet på mennesket, kunnskap og verdier. I denne studien har forskerne vært eksplisitt på sitt omsorgsvitenskapelige perspektiv, og dette har gitt føringer for studiens vitenskapelige interesse og ontologiske hensikt.

Teoretisk perspektiv gir mulighet til å abstrahere data og gi utvidet forståelse av pasienters konkrete erfaringer og dermed utvikling av universell kunnskap. Gadamer (2004) relaterer universell kunnskap til menneskets ontologi. Forståelse er ontologi, og ontologi står mer sentralt enn epistemologi og metode i Gadamer hermeneutikk (Gadamer, 2004; Foss, 2012). Universell kunnskap kan i denne sammenhengen relateres til bruk av metaforer. Gadamer (2004, s.102) hevder at «den metaforiske brug har alltid en metodisk forrang. Når et ord overføres til et annet område end det, det oprindeligt tilhører, så træder den egentlige, 'oprindelige' betydning klart frem». I denne sammenhengen er ønsket å forstå den opprinnelige betydningen av pasienters eksistensielle og ontologiske erfaringer med skjerming. Pasientenes erfaringer er forstått i lys av det valgte perspektivets teori om helse og lidelse. For å oppnå en slik forståelse er det utarbeidet stadig nye utkast ved hjelp av metaforer (jf. Gadamer, 2004) gjennom fortolkning på ulike abstraksjonsnivåer. Å utarbeide et utkast kan betraktes som å utarbeide antagelser eller hypoteser, som ifølge Gadamer (2004) hele tiden skal prøves ut mot sakens sannhet. Zimmer (2006) hevder at identifikasjon av konsensus, utvikling av hypoteser og undersøkelse av motsigelser i det mønsteret av erfaringer som trer frem i de valgte studiene, gir muligheter for teoretisering på høyere abstraksjonsnivå. Tolkingsprosessen endte til slutt opp med tolkningsforslag som svarer til saken, og dermed besvarer studiens hensikt.

## Kvalitativ metasyntese

I denne studien har vi valgt metaetnografi for å syntetisere kvalitative studier (Noblit & Hare, 1988). Ved å syntetisere resultater fra tidligere kvalitative studier kan ny og dypere forståelse oppnås (Tranvåg, 2013; Bondas & Hall, 2007). I tillegg fremhever metaetnografi betydningen av metaforer i syntetisering (Noblit & Hare, 1988). Dette samsvarer med Gadammers abstraksjonsnivåer knyttet til universell forståelse. Metaetnografi er en strategi som er delt inn i syv faser (Noblit & Hare, 1988): 1) å begynne, 2) å avgjøre hvilke studier som er relevante å ta med i syntesen, 3) å lese studiene, 4) å bestemme hvordan studiene henger sammen, 5) å oversette studiene til et hele, 6) å syntetisere oversettelsene og 7) å uttrykke syntesen.

## Utvalg

Zimmer (2006) viser til Paterson et al. (2001) og hevder at fase 1 danner grunnlaget ved å bestemme studiens hensikt og forskningsspørsmål samt å velge teoretisk perspektiv. For å avgjøre hvilke studier som er relevante å ta med i syntesen (fase 2), har vi gjort systematiske søk i databasene Academic Search Premier, Cinahl, Medline, PsycINFO, SveMed og Oria. Vi har anvendt forskjellige norske og engelske søkeord som kan relateres til skjerming, som «skjerming», «patient seclusion», «intensive care unit» og «mental health services». Vi har søkt med mesh-termer og ulike kombinasjoner av søkeord. Søkene ble gjort i perioden desember 2017–februar 2022. Artikler vi identifiserte gjennom databasesøk, var 1 i Academic Search Premier, 2 i Medline, 4 i Cinahl, 54 og 161 i PsycINFO ved to forskjellige søk, 60 i SveMed og 277 i Oria.

Studier ble inkludert dersom det var empiriske studier fra fagfelleverderte tidsskrifter, eller det var gjennomgått en granskingsprosess i forbindelse med doktorgradsavhandlinger, kvalitative studier med pasientens perspektiv, studier gjort etter år 2000, skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk og som omhandlet skjerming som terapeutisk metode tilsvarende slik skjerming praktiseres i Norge. I denne studien forstås skjerming som begrenset rom, mindre stimuli og tettere oppfølging for pasientene. Vi ekskluderte kvantitative studier eller studier som beskrev betydningen av seclusion.

Studier ble først valgt ut ved å lese tittelen og abstraktet. Etter nøye gjennomlesing av hver artikkel ble datamaterialet vurdert som relevant til å svare på studiens hensikt. Internasjonalt er isolasjon (seclusion) vanlig praksis, og vi har derfor ikke likestilt denne metoden med skjerming i Norge. Derimot er det norske studier som er skrevet på engelsk, der skjerming, slik vi praktiserer det i Norge, er oversatt til begrepet seclusion. Én slik studie er inkludert. I Nederland og Sverige finnes psykiatriske intensivenheter, og studier derfra er inkludert. Dette begrunnes med at opphold på en psykiatrisk intensivenhet kan tilsvare opphold på skjermet-enhet i Norge med tett oppfølging og begrenset handlingsrom. Vi har også inkludert en studie fra Sverige der akutt psykotiske pasienter har fått nødvendig behandling på en akuttpost med alt det innebærer av restriksjoner, fordi tilsvarende behandling i Norge ville vært skjerming. Totalt valgte vi ut seks vitenskapelige artikler og én doktorgradsavhandling til denne metasyntesen.

## Lesing og fortolkning av studiene

Alle artikler ble først lest for å få helhetlig oversikt. Deretter leste vi dem for å se på den innholdsmessige sammenhengen mellom temaer og begreper. Vi førte en loggbok der begreper og tema (annenordens-begreper) brukt av originalforfatterne i deres formulering av resultatene, er notert. Det er viktig å lese studiene (fase 3) nøye og merke seg beskrivende metaforer (Noblit & Hare, 1988). Zimmer (2004) viser til Gadammers hermeneutikk og hevder at kva-

litativ metasyntese er et spørsmål om dialog med tekster. Den kvalitative metasyntesen gjør det mulig å sammenligne, oversette og analysere originale resultater, hvor nye fortolkninger blir generert fra. Videre hevder Zimmer at ved å bruke andre kvalitative forskeres tolkninger og teoretiske antagelser som tekst krever denne bestrebelsen at forskeren engasjerer seg i en dialogisk prosess i utforskning av del og helhet. Med henvisning til Noblit og Hare hevder Tranvåg et al. (2013, s. 868) at den fortolkende forklaringen «enables comparison, and respects holism, including ‘making a whole into something more than the parts alone’». Med henvisning til Zimmer (2004) og Gadamer (2004) understreker Tranvåg et al. (2013) nytten av Gadamers hermeneutiske metodologi, som vektlegger viktigheten av vedvarende oppmerksomhet på hvordan delene påvirker helheten, og hvordan helheten influerer på delene. Dette betyr at delene oversettes i forhold til hverandre gjennom en hermeneutisk sirkel som leder til en sammensmelting av horisonter.

For å bestemme hvordan studiene henger sammen (fase 4), har vi anvendt metaforer, begreper og temaer (tredjeordens begreper) og skapt en idé om sammenhengen mellom disse (Noblit & Hare, 1988). Dette kan betraktes som et første utkast i henhold til Gadamers (2004) hermeneutikk. Studiene som syntetiseres i denne metasyntesen, gir forskjellige resultater som peker i samme retning, og derfor foretrekkes *reciprocal synthesis* (Noblit & Hare, 1988) til denne studien. *Reciprocal synthesis* vil si at resultater fra de forskjellige studiene kan samles under felles metaforer, for dermed å fange opp nyanser som gir et mer helhetlig bilde.

Å oversette studiene til et hele (fase 5) vil si å sammenligne metaforer og begreper i en studie med metaforer og begreper i en annen studie, samtidig som en bevarer særegenhetene ved hver enkelt studie (Noblit & Hare, 1988; Tranvåg et al., 2013).

Denne fasen innebærer å kombinere studiene, hvilket vil si å oversette dem til et hele ved sammenligning (Zimmer, 2006; Tranvåg et al. 2013). Ifølge Gadamer (2004) kan dette betraktes som et andre utkast (se tabell 1) og er en syntese på et høyere abstraksjonsnivå. Sentrale metaforer fra hver studie inneholdt kvalitative data fra pasientenes perspektiv.

Etter å ha tolket og oversatt studiene til et hele kan man se om det er metaforer eller begreper som kan omfatte flere av studiene (fase 6), og slik utføre en metasyntese (Noblit & Hare, 1988). I denne studien førte fortolkningsprosessen til at vi identifiserte to sentrale metaforer. En videre fortolkning av disse, i lys av omsorgsvitenskapelig teori om helse og lidelse, førte til at det ble formet en ny mening som gir dypere og helhetlig forståelse av metaforene. Denne ble tolket (andrenivå-syntese) til en overordnet metafor (se tabell 2). Dette kan betraktes som studiens endelige utkast (Gadamer, 2004).

### Etiske overveielser

Etiske anliggender innen omsorgsvitenskap vil spesielt fremtre i relasjon til substans (Foss, 2012). Omsorgsvitenskapelig teori er etisk og ontologisk i sin natur. Teorien gir dermed muligheter for å belyse substansielle og eksistensielle implikasjoner ved pasienters opplevelse av skjerming. Ifølge Haugen og Skilbrei (2021) må forskeren være åpen, uavhengig, sannferdig og kritisk i sin tilnærming. I denne studien behandler vi informasjon som er innhentet av andre forskere. Forfatterne har et etisk ansvar for å forebygge at det som blir sagt og skrevet av andre, ikke blir misforstått eller forvrengt (Malterud, 2017). I en kvalitativ metasyntese må en være varsom med hvordan man sammenfatter det deltakerne i primærstudiene har beskrevet, og hvordan man forvalter løstrevne sitater fra noe de har sagt i en helt annen kontekst (Malterud, 2017). Vårt ansvar har dermed vært å sørge for at primærforfatteres tekster blir gjengitt så nøyaktig som mulig i beskrivelsen av datamaterialet. For å sikre

nøyaktighet og gyldighet i tolkningsprosessen leste vi først artiklene og doktoravhandlingen, og deretter diskuterte vi fortolkninger med hverandre. Vi ønsket å løfte data til et universelt nivå gjennom tolkning i lys av et teoretisk perspektiv, men samtidig bevare primærkildenes mening med teksten.

## Resultater

Resultatene fra de forskjellige empiriske studiene er tolket (førstenivå-syntese) og oversatt til to tredjeordens-begreper med de sentrale metaforene *Fengselet – å kjenne seg ufri og innestengt* og *Asylet – å kjenne seg hjulpet og beskyttet mot fare*. I ordbøker defineres *Fengsel* som noe som stenger mennesket inne, og gjør det ufritt (Hellevik, 1966). Videre relateres det til bånd, stengsel, ufrihet og tvang. *Asyl* defineres i ordbøker som et fristed for forfulgte, et tilfluktsted og en pleieanstalt (Berulfsen & Gundersen, 1981) samt som et fredet sted og hjem for mennesker som trenger hjelp (Hellevik, 1966).

**Tabell 1** Resiprok oversettelse av andreordens-begreper til tredjeordens-begreper (førstenivå-syntese)

Studie:	Andreordens-begreper:	Tredjeordens-begreper:
Andreasson & Skärsäter (2012)	Å få nødvendig god støtte, viktig med respektfull pleie. Manglende privatrom. Tett oppfølging truet selvfølelsen.	<b>Fengselet – å kjenne seg ufri og innestengt:</b> – Erfaringen av å kjenne seg mindre verdt – Erfaringen av å kjenne håpløshet – Erfaringen av å kjenne manglende frihet – Erfaringen av å kjenne mangel på relasjon med andre – Erfaringen av å bli dominert av personale
Einbu & Larsen (2016)	Provoserende å være skjermet, føler seg urettferdig behandlet, savner mellommenneskelig kontakt.	
Larsen & Terkelsen (2014)	Personalet oppfører seg som voktere. Husregler gjorde pasientene mer avhengige og sårbare. Å bli møtt som menneske.	
Salzmann-Erikson & Söderqvist (2017)	Å bli begrenset i miljøet, lite kontakt med personale, liten tilgang til informasjon, begrenset frihet og autonomi.	
Voogt et al. (2015)	Ivareta relasjon med pasient, moderere tanker, ivareta autonomi, lukket avdeling – kilde til beskyttelse og konflikt, trygt med tilstedeværelse av sykepleier, pasient-gruppe interaksjon positivt.	<b>Asylet – å kjenne seg hjulpet og beskyttet mot fare:</b> – Erfaringen av å kjenne seg trygg – Erfaringen av å kjenne beskyttelse og hvile – Erfaringen av relasjon og å kjenne ansvar for seg selv og andre
Poulsen et al. (2005)	Å bli forstått, å oppleve trygghet, å ha rettssikkerhet.	
Norvoll (2007)	Stabile og flertydige opplevelser. Tilsyn, omsorg, trygghet og avlastning. Innesperring, fengsel og straff.	

### Fengselet – å kjenne seg ufri og innestengt

*Fengselet – å kjenne seg ufri og innestengt* handler om pasientenes vonde erfaringer ved å være underlagt skjerming som terapeutisk metode.

**Erfaringen av å kjenne seg mindre verdt**

Flere pasienter beskriver at husregler oppleves som meningsløse og provoserende (Einbu & Larsen, 2016). En pasient synes det provoserer, da reglene understreker en «pasient-pleier-situasjon», og sier at personalet heller håndhever regler enn å vise omsorg (Einbu & Larsen, 2016). Når personalet håndhever reglene på en rigid og ikke fleksibel måte, opplever mange av pasientene dette som provoserende, og at det får dem til å føle seg mindreverdige (Larsen & Terkelsen, 2014). Å bli møtt som likeverdig er viktig for å dempe avmakt (Einbu & Larsen, 2016). Samtlige i studien til Einbu og Larsen har opplevelser fra akuttavdelingen hvor de ikke blir møtt med respekt. En pasient fremhever at selv om hun er psykisk syk, er hun et menneske det går an å snakke med og lytte til som en person – ikke en gjenstand. Resultater fra studien til Norvoll (2007) viser at skjermingsmetoden bekrefter deres sosiale status som syke og avvikende mennesker.

**Erfaringen av å kjenne håpløshet**

Flere pasienter oppgir at det å ikke vite hva som skjer, men gi seg over til helsepersonalets beslutninger, gir dem en følelse av håpløshet (Salzmann-Eriksson & Söderqvist, 2017). Pasienter i studien til Einbu og Larsen (2016) forteller om hvordan egne tanker og meninger ikke blir tatt hensyn til. Videre kan flere føle seg misforstått når deres uttrykk for sorg, angst eller frustrasjon blir møtt med kontrolltiltak. Likeledes kan eksistensielle problemstillinger man funderer på, bli omtolket til vrangforestillinger (Einbu & Larsen, 2016).

**Erfaringen av å kjenne manglende frihet**

En pasient forteller at å være på et nakent rom, kontrollert av personalet som håndhever husreglene, signaliserer at hun ikke er et menneske med fri vilje (Larsen & Terkelsen, 2014). En annen pasient opplever at hun ikke er fri til å ta opp hvilke samtaletemaer hun ønsker, og dersom hun allikevel gjør det, vil hun bli sendt på rommet. Låst inngangsdør bidrar til å gi skjermingsrommet et fengselsaktig preg (Norvoll, 2007).

**Erfaringen av å kjenne mangel på relasjon med andre**

Samtlige pasienter i studien til Einbu og Larsen gir uttrykk for at de savner mellommenneskelig kontakt i form av nærhet, samtaler og omsorg (Einbu & Larsen, 2016). Flere av pasientene etterlyser mer fysisk nærhet, som en hånd å holde i eller en klem, for å bli beroliget og unngå stressende situasjoner. For pasientene i studien til Salzmann-Eriksson og Söderqvist (2017) virker det som at det er kultur blant personalet for at kommunikasjonen med pasientene skal være streng og trigge respekt, noe som bidrar til færre muligheter til samvær med personalet. Å følge regler synes å være viktigere for personalet enn omsorg og medmenneskelighet (Einbu & Larsen, 2016). Flere tar til orde for at de føler seg ensomme og forlatt (Salzmann-Eriksson & Söderqvist, 2017; Einbu & Larsen, 2016).

**Erfaringen av å bli dominert av personalet**

Pasienter uttrykker å resignere overfor systemet der helsepersonalet dominerer dem (Norvoll, 2007; Salzmann-Eriksson & Söderqvist, 2017). De forteller om personell som bestemmer alt, der det ikke er rom for å komme med innspill eller gjøre ting annerledes (Einbu & Larsen, 2016). En pasient i studien til Salzmann-Eriksson og Söderqvist (2017) opplever at hun er overgitt personalets beslutninger, og som følge av dette resignerer. Spørsmål fra pasienter blir tiet ved at personalet viser til regler.



Asylet – å kjenne seg hjulpet og beskyttet mot fare

*Asylet – å kjenne seg hjulpet og beskyttet mot fare* handler om gode erfaringer ved skjerming som terapeutisk metode.

#### **Erfaringen av å kjenne seg trygg**

Personalets nærvær bidrar til trygghet, ro og følelse av omsorg (Norvoll, 2007). At personalet gir pasientene tid til å ta inn over seg informasjonen de får på avdelingen, bidrar til å redusere pasientens opplevelse av angst (Andreasson & Skärsäter, 2012). Personale som behandler dem stødig og stabilt, setter grenser og pålegger pasientene regler som synes å være fornuftige, er en kilde til trygghet. Poulsen et al. (2005) finner at pasientene på den skjermede enheten beskriver angst for egne og andres handlinger, og det å være låst inne blir relatert til trygghet og beskyttelse.

#### **Erfaringen av å kjenne beskyttelse og hvile**

Skjerming kan gi pasientene beskyttelse og hvile fra verden utenfor (Norvoll, 2007; Andreasson & Skärsäter, 2012). En pasient sier at han trenger å bli skjermet for en kort periode, da han er forvirret og ikke har kontroll (Larsen & Terkelsen, 2014). Flere pasienter hevder at skjerming er riktig for en kort periode når ting blir kaotisk, men synes skjermingen varer for lenge. I studien til Poulsen et al. (2005) opplever pasientene det å være på skjermet enhet som et privilegium og at de får mer intensiv behandling. I studien til Voogt et al. (2015) opplever pasienter at sykepleierne er i nærheten, og at de kan gå til dem for støtte.

#### **Erfaringen av relasjon og å kjenne ansvar for seg selv og andre**

Pasienter uttrykker behov for å føle at de fortsatt har kontroll, og at personalet ikke bestemmer mer enn nødvendig (Andreasson & Skärsäter, 2012). I studien til Voogt et al. (2015) opplever pasientene at de kan diskutere regler, men bestemme selv, og at dette er frihet slik de ønsker. Ved å bli gjort ansvarlig for postrutiner og -regler føler man seg nyttig for andre og som en del av gruppen. Flere pasienter opplever også at pasientgruppen gir beskyttelse, der de kan gjemme seg blant andre, øve seg sosialt eller få støtte (Voogt et al., 2015).

### **Fortolkende diskusjon**

I dette kapittelet vil pasientenes opplevelser av skjerming bli videre fortolket i lys av det valgte omsorgsvitenskapelig perspektivet. Pasientenes opplevelser av skjerming er i denne studien tematisert under to sentrale metaforer: *Fengselet – å kjenne seg ufri og innestengt* og *Asylet – å kjenne seg hjulpet og beskyttet mot fare*. Metaforene fortolkes med sine undertemaer som en bevegelse mellom fengsel og asyl og dermed som en bevegelse mellom det gode og det onde i helse og lidelse. Tre tolkningsforslag blir i det følgende beskrevet og diskutert:

- Å lengte etter frihet
- Å lengte etter å bli sett og bekreftet som menneske
- Å lengte etter å være et medmenneske i fellesskap med andre

#### **Å lengte etter frihet**

Frihet kan forstås som menneskets indre kamp for å være unik og samtidig være lik andre i fellesskap med dem (Wiklund-Gustin, 2014). I lys av dette kan frihet også forstås som lengsel mot den personen en ønsker å være, i tråd med absolutt verdighet. Ifølge Eriksson (2010, 2018) fører mennesket sitt liv i kamp for friheten – en frihet bort fra det onde og mot

det gode. Omsorg innebærer å støtte denne kampen (Eriksson, 2018). Denne bevegelsen i ansvar speiler menneskets absolutte verdighet. Eriksson (1996) refererer til Pico, som hevder at menneskets frihet er grunnlaget for menneskets verdighet. Forfatteren refererer også til Lindborg (1991), som hevder at mennesket har en evne til å skape sitt liv og sin væren. Lengselen mot frihet synliggjør ønsket om å inneha det menneskelige embetet i det å være til for den andre, noe som kommer til uttrykk i pasientgruppens beskyttelse av hverandre. Lengsel kan synes å bevirke frihet og oppdrift (Ueland, 2013). Resultatene i denne studien viser at pasienter erfarer manglende frihet (Larsen & Terkelsen, 2014; Salzmänn-Eriksson & Söderqvist, 2017; Andreasson & Skärsäter, 2012; Voogt et al., 2015). Det gir seg uttrykk i liten bevegelsesfrihet og rigide føringer for hvordan pasientene skal oppføre seg. Samtidig kan pasientene erfare å bli fysisk tatt tak i og ført til sine pasientrom dersom de ikke ønsker å forholde seg til regler og rutiner. Dette kan tolkes som at pasientene må balansere og bevege seg mellom en ytre tvang og en indre lengsel etter frihet og autonomi. Ifølge Eriksson (2018) kan ytre tvang være opphav til lidelse som har sin grunn i ufrihet og fortvilelse på et indre plan. Pasientenes lengsel mot frihet kan forstås ved at pasientene stiller spørsmål til personalet ved måten de blir møtt på. De har håp om å bli sett som unike mennesker og finne mening med behandlingen. Frihet innebærer at mennesket er fri til å forme sitt liv og sin helse på et verdig vis (Eriksson, 2018; Wiklund-Gustin, 2014).

Behandling uten omsorg kan ifølge Lindwall (2015) bidra til lidelse. Pasientens opplevelse av hva som er god omsorg, kan være forskjellig fra pleierens (Jormfeldt & Svedberg, 2014). Personalets holdninger og handlinger er ikke alltid forenlige med tanken om å bekrefte pasientens verdighet. Pasienter opplever seg da som mindreverdige i møte med helsepersonalet; de blir ikke møtt med respekt, men får i stedet bekreftet sin sosiale status som syke og avvikende. Denne behandlingen synliggjør en ufrihet som ikke kombineres med det oppdraget helsepersonalet er satt til å utøve. Pleielidelse er en lidelse som i utgangspunktet ikke eksisterer før helsepersonell bidrar til å skape den. Eriksson (1994) hevder videre at krenking av den lidendes verdighet utgjør den vanligste formen for pleielidelse i denne relasjonen, som innebærer å ta fra vedkommende muligheten til å være et helt og fullt menneske. Til menneskets verdighet hører også frihet til å kunne velge.

Resultatet viser at pasienter savner mellommenneskelig kontakt, nærhet, samtaler og omsorg. Martinsen (2012) hevder at sårbarheten er en forutsetning for medfølelse og medlevelse i andres lidelse, og dermed er det en oppfordring til å ivareta den andre. Pasienter i denne studien opplever å ikke alltid bli ivaretatt. I stedet opplever de at kommunikasjonen med personalet er streng og skal trigge respekt. Forutsetningen for medlevelse, som Martinsen fører frem, synes å være fraværende i pasientenes utsagn. Holdningen som synliggjøres fra helsepersonellens side, er ikke i tråd med Kaldestad (2018), som hevder at med kjærlighet kan enhver hjelpe andre til å komme i kontakt med sin lengsel etter et verdig liv – i tråd med deres innerste ønske. Ifølge Kaldestad (2018) kan verdigheten vokse frem ved at mennesket lytter til sin egen lengsel. Helsepersonalets holdning og mangel på omsorg kan hindre og blokkere pasientenes frihet til å lytte til sin lengsel, slik resultater fra denne studien viser.

Helse må man ville innenfra (Eriksson, 2018). Det betyr at helse forutsetter frihet. Veien til helse innebærer at mennesket har kapasitet og substans til helse (Eriksson, 2018). Studien viser at pasientene ønsker å få mer innflytelse i behandlingen og friere tøyler når de føler seg klar for det. Etter å ha vært lammet av lidelsen en periode har lengselen etter frihet, og således helse, stor betydning. Dette er i tråd med Ueland (2013), som hevder at lidelsen kan frisetten en lengsel som medfører kraft – en kraft som kan frigis til helse. Det er naturlig for mennesket å kjempe for sin frihet, og ifølge Eriksson (2018) kan det kjempende mennesket gjøre lidelsen til objekt for sin livskamp.

I situasjoner hvor pasienter opplever at personalet ikke er lyttende og ikke viser respekt, er det ikke bare pasienten som fratras muligheten til å erfare absolutt verdighet. Også hjelperne lar muligheten til å fullføre sin gjerning, og således erfare sin absolutte verdighet, gå fra seg (Eriksson, 1996, 2006; Tranvåg et al., 2016). Resultatet fra denne studien synliggjør at pasienter erfarer mangel på relasjon til andre.

Av positive opplevelser fra skjermet enhet gir flere pasienter uttrykk for at de innenfor visse rammer og begrensninger har frihet til å være med og bestemme (Andreasson & Skär-säter, 2012; Voogt et al., 2015). Å ta hensyn til pasientens egne tanker om hvordan lidelsen skal lindres, bevarer menneskeverdet og gir en opplevelse av å føle seg respektert og ivaretatt (Eriksson, 2018). Medbestemmelse og innflytelse i møte med personalet styrker pasientenes kapasitet til egenpleie og personlig utvikling (Jormfeldt & Svedberg, 2014), noe som bidrar til pasientenes opplevelse av frihet. Dette kan også bidra til å lindre deres sykdomslidelse (jf. Eriksson, 2010).

### Å lengte etter å bli sett og bekreftet som menneske

Menneskets opplevelse av seg selv som unik og verdig handler om å bli innbudt, sett og bekreftet som menneske. Innbydelse og bekreftelse av pasienten er av største betydning for å etablere en relasjon mellom hjelperen og den lidende pasienten (Lindström, 1994; Nåden & Eriksson, 2000), men disse tilnærmingene er fraværende i deler av resultatet i denne studien. Eriksson (1996) knytter sammen innbydelsen og bekreftelsen og hevder at i innbydelsen finnes det en bekreftelse hvor mennesket vet at det er ventet, og får et rom hvor det kan hvile ut. Å bekrefte pasientens lidelse innebærer at en ikke vil forlate den andre. Dette betyr at en er tilgjengelig og sender ut en invitasjon til den som lider. Å invitere den andre som æresgjest til et fellesskap uten betingelser er en måte å uttrykke at en er der for å dele lidelsens kamp (Eriksson, 2006).

Ved å ikke bekrefte pasienten som et fullverdig menneske kan man påføre vedkommende lidelse (Eriksson, 2010), samtidig som vedkommende blir frarøvet erfaringen av sin egen absolutte verdighet. Dette kan relateres til denne studien, hvor pasientene gir uttrykk for at de føler seg små og hjelpeløse i relasjon med personalet når det ikke blir tatt individuelle hensyn (Larsen & Terkelsen, 2014; Salzman-Eriksson & Söderqvist, 2017). Når pasientene ikke behandles som unike og verdige, kan deres opplevelse av å være et menneske med egne følelser og behov bli svekket. Å kjenne seg betydningsfull og at man er noen, bekrefter menneskets absolutte verdighet (Edlund, 2015). Å kjenne på lengsel kan være en vei til å eie sitt eget liv (Ueland, 2013). Studien viser også at pasienter opplever å bli møtt som individ med unike behov og får hjelp og støtte deretter (Andreasson & Skär-säter, 2012; Voogt et al., 2015). De viser en lengsel etter å bli sett og bekreftet som menneske. En slik lengsel innebærer å være i bevegelse bort fra det onde mot det gode – mot helse. Gjennom å få unik omsorg og behandling vil pasienten kjenne seg elsket, bekreftet og forstått (Eriksson, 2018) og erfare sin absolutte verdighet. Pasienten møtes med verdighet og opplever retten til å være pasient. Tranvåg (2017) hevder at vi som mennesker har behov for å oppleve at vår verdighet ikke blir krenket og tilintetgjort, men blir vernet om også når vi opplever sykdom og lidelse. Det kan synes som at det å bli tatt på alvor, bli sett og hørt gir pasientene en opplevelse av absolutt verdighet og en mulighet til å finne mening og motivasjon til helse.

Resultatene fra studien viser at de fleste av pasientene føler seg ekskludert fra relevant informasjon, eller at den informasjonen de får, ikke er tilstrekkelig (Salzman-Eriksson & Söderqvist, 2017; Voogt et al., 2015). Pasienter kan også oppleve at spørsmål de stiller, blir neglisjert ved at personalet viste til regler (Salzman-Eriksson & Söderqvist, 2017). I slike tilfeller kan pasienter resignere. En kamp i lidelse og helse kan innebære resignasjon og håp-

løshet hvis man står alene i sin lidelse (Eriksson, 2010). Å lindre lidelse innebærer at pasienten kjenner seg velkommen, invitert og at hun/han har en plass (Eriksson, 2018). Pasienten har en lengsel mot å bli bekreftet som menneske. Resultatene viser at menneskets indre livsrom kan både bli verdiget og krenket. Sæteren og Nåden (2021) hevder at det indre livsrommet blir krenket når mennesket blir berøvet sin frihet og autonomi, og når det blir ydmyket og ikke sett. Det indre livsrommet åpnes opp, blir bevart eller utvikler seg når pasienten blir sett.

### Å lengte etter å være et medmenneske i fellesskap med andre

Psykisk uhelse kan i mange tilfeller være forbundet med dyp ensomhet (Nilsson et al., 2006). Ensomhet forbindes med savn og lengsel mot noen som kan være nær (Ueland, 2013). Studiene viser at flere pasienter føler seg ensomme og forlatt (Einbu & Larsen, 2016; Salzmann-Eriksson & Söderqvist, 2017) og ekskludert fra fellesskapet. Det er gjennom fellesskapet at pasienten kan få støtte til å finne mening med lidelsen og forsones med den (Gustafsson, 2015; Rehnsfeldt, 2015). Ifølge Eriksson (2018) kan et fellesskap fri fra krav danne grunnlag for omsorg og bevegelse mot helse. Denne studien viser at miljøet på skjermet enhet ofte ikke innbyr til fellesskap (Einbu & Larsen, 2016; Andreasson & Skärsäter, 2012). Trygghet og tillit i relasjon til andre mennesker skaper forutsetninger for å våge å være i lidelsen og kunne forholde seg til den (Wiklund-Gustin, 2014). Pasienter som erfarer å bli skjermet, beskriver at det å oppleve tilhørighet til andre pasienter gir trøst og beskyttelse (Voogt et al., 2015). Eriksson (2001) hevder at mennesket opplever sin absolutte verdighet når det kan tjene i kjærlighet og være til for et annet menneske. Denne holdningen til sin neste, og til verden, er aktuell og førende uavhengig av tid og sted. Den er særdeles avgjørende i et hjelpeforhold for at den som mottar omsorg, skal erfare sin absolutte verdighet. Når denne tjenerholdningen er fraværende hos hjelperen, vil heller ikke hjelperen erfare sin absolutte verdighet.

Brist i tillit og medfølelse er et hinder for relasjonen mellom pleieren og pasienten (Kulzer, 2014). I stedet kan skam oppstå, og pasienten kan se på seg selv som en som ikke er omsorg verdig. Ved å lytte og gyldiggjøre pasientenes opplevelser, og la seg berøre av disse, kan personalet bidra til tillit. Dette kan utvikles til en bærende bro mot fellesskap (Malm, 2015). Resultatene viser tilfeller der personalet har tro på pasienten. Dette var noe som bidro til å fremme håp hos pasienten. Når relasjonen mennesker imellom etableres, gjenoprettes også menneskets følelse av verdighet (Rehnsfeldt, 2014). Relasjonen kan således bidra til at pasientene kan tåle å stå i lidelsen og vende håpet mot helse og helhet. På denne måten kan pasientens lengsel føre til en bevegelse bort fra det onde mot det gode – mot helse og opplevelse av absolutt verdighet.

## Helhetlig forståelse – lengsel mot frihet og verdighet

I tabellen nedenfor synliggjøres tolkningsprosessen fra tredjeordens-begreper til en overordnet metafor.

**Tabell 2** Andrenivå-syntese

Tredjeordens-begreper:	Tolkning i lys av teori:	Overordnet metafor:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fengselet – å kjenne seg ufri og innestengt</li> <li>– Asylet – å kjenne seg hjulpet og beskyttet mot fare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Å lengte etter frihet</li> <li>– Å lengte etter å bli sett og bekreftet som menneske</li> <li>– Å lengte etter å være et medmenneske i fellesskap med andre</li> </ul>	<b>Lengsel mot frihet og verdighet</b>

Helhetlig forståelse gjenspeiler den overordnede metaforen *Lengsel mot frihet og verdighet*. Metaforen belyser og illustrerer at bevegelsen mellom fengsel og asyl er en bevegelse i helse og lidelse, hvor pasientene lengter etter frihet og verdighet. I denne studien forstår vi frihet som å ha mot og kraft til å våge å stå frem som den man er med tanker, følelser og verdier, uavhengig av ytre omstendigheter.

Helse og lidelse utgjør to ulike sider av menneskets livsprosesser. Disse er integrert i hverandre og stadig nærværende i menneskets liv (Eriksson, 2010, 2018). På bakgrunn av dette kan det sies at forholdet mellom helse og lidelse har betydning for menneskets potensial for vekst og utvikling (Foss, 2012). Pasienter i psykisk helsevern er i en sårbar situasjon. Denne studien viser at pasientenes lengsel innebærer en bevegelse mellom opplevelse av frihet og ufrihet, håp og håpløshet, verdighet og krenkelse, og dette gjenspeiler en stadig bevegelse mellom metaforene fengsel og asyl.

Studien viser at pasientene opplever at skjerming kan bidra til at de føler seg hjulpet og beskyttet mot fare. Metaforen *Asyl* beskriver dette som en opplevelse av trygghet og hvile samt en opplevelse av relasjon og å kjenne ansvar for seg selv og andre. Skjerming, slik det beskrives som *Asyl*, synes derfor å kunne bidra til å lindre pasientens lidelse samt å fremme helseprosesser og velbefinnende. Imidlertid opplever pasientene krenkelser og ufrihet som kan bidra til at de tilføres økt lidelse ved skjermingsmetoden. En slik form for lidelse beskriver Eriksson (2010, 2018) som pleielidelse eller behandlingslidelse. En slik lidelse forårsakes av selve pleien eller behandlingen og handler om krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og understimulering. Metaforen *Fengsel* gjenspeiler pasientenes opplevelse av pleielidelse/behandlingslidelse som er forårsaket av skjermingsmetoden. Denne opplevelsen bidrar ikke til å fremme helse eller lindre pasientenes egentlige lidelse og har derfor ingen terapeutisk funksjon.

Studien viser at pasientene opplever lidelse når de ikke får gjøre valg med utgangspunkt i sine verdier. Lidelse innebærer også å ikke være fri til å forme sitt eget liv på et verdig vis. Skjerming som terapeutisk metode vil ha liten betydning for å fremme helse og lindre lidelse hvis ikke pasientenes lengsel mot og opplevelse av frihet og verdighet ivaretas. Omsorgsfulle relasjoner kan sies å være kjernen i asyl. I de tilfellene der pasientene blir møtt med omsorg i sin lengsel etter frihet og for å bevare menneskeverdet, synes skjerming å kunne bidra til å lindre lidelse og fremme helse.

## Metodologiske overveielser

Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode har styrker, men også noen begrensninger. Nøye gjennomført kvalitativ metasyntese kan synliggjøre mangfoldet i menneskelige erfaringer på en annen måte enn hva en enkelt kvalitativ studie kan (Thorne, 2017). Forskningsmetoden kan ifølge Bondas og Hall (2007) bidra til å utvikle evidensbasert omsorg. Det betyr at omsorgen til den enkelte pasienten og skjerming som metode kan bli mer kunnskapsbasert. Gjennom kvalitativ metasyntese har vi kunnet samle kunnskapen fra forskjellige studier, noe som har gitt oss et mer nyansert bilde av skjerming. For best å ivareta studiens hensikt ble Noblit og Hares (1988) metaetnografi valgt. Metaetnografi bidrar til å abstrahere resultatene og samsvarer bra med Gadammers hermeneutiske tilnærming. Tolkning av data i lys av den valgte teorien gir muligheter til forståelse på et høyere abstraksjonsnivå og dermed utvikling av universell kunnskap. En diskusjon med de eksisterende forskningsresultatene på området har dermed fått mindre plass. Kritisk tenkning rundt metoden og teoretisk perspektiv belyser omsorgens betydning. Alle tre forfatterne var belest på det valgte teoretiske perspektivet.

Studier med kvantitative tilnærminger er ekskludert fordi disse ble vurdert som lite egnet for å besvare studiens hensikt. Vi ønsket pasientenes opplevelser og erfaringer med skjerming, og det får vi ikke i samme grad i kvantitative studier. Følgelig ble Noblit og Hares (1988) kvalitative metasyntese valgt, og den inkluderer ikke kvantitative studier.

En svakhet ved denne studien er at det er gjort lite forskning på pasienters opplevelse av skjerming, så datamaterialet er begrenset, jf. Norvoll (2007). For å identifisere aktuelle studier fikk vi i litteratursøket hjelp av en bibliotekar. Vi leste deretter igjennom studier som var aktuelle å inkludere i metasyntesen. Noblit og Hare (1988) brukte to–fire etnografiske studier da de illustrerte den praktiske gjennomføringen av metaetnografi. Ifølge Malterud (2017) vil ti primærstudier med innholdsrike resultatpresentasjoner være tilstrekkelig. Malterud hevder at materialet ikke bør være for stort fordi man da kan miste oversikten, og ikke for lite fordi man da kanskje ikke har nok råstoff. Til sammen syv studier ble inkludert. En styrke med de inkluderte studiene i denne metasyntesen er imidlertid at de belyser pasientenes opplevelse i forskjellige kontekster. Dermed kan det tenkes at resultatene fra syntetiseringen er overførbare til flere kontekster.

## Konklusjon og implikasjoner for praksis

Dersom skjerming som terapeutisk metode skal fremme helse og lindre lidelse, er det av betydning at pasienten opplever skjerming som *Asyl* og ikke som *Fengsel*. Det vi forstår med metaforen *Fengsel*, kan sidestilles med det internasjonale litteratur beskriver som seclusion – en form for isolasjon der dialog og samhandling er lite vektlagt. Krenkelse av pasientenes frihet og verdighet kan føre til økt lidelse for pasienten – en tilleggslidelse forårsaket av pleie og behandling. Metaforen *Asyl* gjenspeiler opplevelsen av å kjenne seg hjulpet og beskyttet mot fare. Her står dialog, relasjon og omsorg sentralt. Det er en sårbar pasientgruppe som behandles med skjerming. Det er derfor nødvendig med kritisk bevissthet omkring etiske og faglige implikasjoner for pasienter som behandles med skjerming som terapeutisk metode.

## Referanser

- Andreasson, E. & Skarsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 15–22. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>
- Berulfsen, B. & Gundersen, D. (1981). *Fremmed ordbok*. Kunnskapsforlaget Aschehoug – Gyldendal.
- Bjørkly, S. (1995). Open-area seclusion in the long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychological Reports*, 76(1), 147–157. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.1.147>
- Bondas, T. & Hall, E.O.C (2007). Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qualitative Health Research*, 17(1), 113–121. <https://doi.org/10.1177/1049732306295879>
- Edlund, M. (2015). Vårdighet. I L. Wiklund-Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 363–375). Studentlitteratur AB.
- Einbu, M. & Larsen, I. B. (2016). Innenfrakunnskap om årsaker til truende atferd eller aggresjon og alternativer til bruk av tvangsmidler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(1–2), 24–33. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-04>
- Eriksson, K. (1990). *Hälsans idé*. Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1992). Nursing: The Caring Practice «Being There». I D.A. Gaut (red.), *The presence of Caring in Nursing* (s. 201–210). National League for Nursing Press.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber AB.

- Eriksson, K. (1995). Mot en caritativ vårdetik. I E. Eriksson (red.), *Vårdforskning* (s. 9–39). Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap. 5/1995.
- Eriksson, K. (1996). Om människans värdighet. I T. Bjerkreim, J. Mathisen & R. Nord (red.), *Visjon, viten og virke* (s. 79–86). Universitetsforlaget.
- Eriksson, K. (2001). *Vårdvetenskap som akademisk disiplin*. Vårdforskning. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap. 7/2001.
- Eriksson, K. (2006). *Omsorgens idé*. Munksgaard.
- Eriksson, K. (2006). *The Suffering Human Being*. Nordic Studies Press.
- Eriksson, K. (2010). *Det lidende menneske*. Munksgaard.
- Eriksson, K. (2018). Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet Om det tidlösa i tiden. Liber AB.
- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2009). Vårdvetenskap som caring science. *Pro Terveys*, 4, 9–13.
- Ezobebe, I. E., Malecha, A. T., Mock, A., Mackey-Godine, A. & Hughes, M. (2014). Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 303–312. <https://doi.org/10.1111/jpm.12097>
- Foss, B. (2012). *Ledelse – En bevegelse i ansvar og kjærlighet* [Doktorgradsavhandling]. Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Gadamer, H-G. (2004). *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Arne Jørgensen og Systime AS.
- Gustafsson, L-K. (2015). Försoning. I L. Wiklund-Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 473–485). Studentlitteratur AB.
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse* (s. 243–284). Gyldendal Norsk Forlag.
- Haugen, H. Ø. & Skilbrei, M-L. (2021). *Håndbok i forskningsetikk og databehandling*. Fagbokforlaget.
- Haugom, E. & Granerud, A. (2016). Shielding in Mental Health Hospitals: Description and Assessment by Staff. *SAGE Open*, 6(1). <https://doi.org/10.1177/2158244016629526>
- Hellevik, A. (red.) (1966). *Norsk Ordbok*. Det Norske Samlaget.
- Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer* (Rundskriv IS-1/2017). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022, 11. feb). *Tvang – forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne (gjelder fra 1. mars 2022)*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- Holte, J. S. (2003). Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis. I J.K. Hummelvoll (red.), *Kunnskapsdannelse i praksis* (s. 117–146). Universitetsforlaget.
- Iversen, V. C., Sallaup, T., Vaaler, A. E., Helvik, A-S, Morken, G. & Linaker, O. (2011). Patients' perceptions of their stay in a psychiatric seclusion area. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1017/S1742646410000075>
- Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2014). Hälsa och hälsofrämjande arbete i psykiatrisk omvårdnad. I L. Wiklund-Gustin (red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (s. 77–97). Studentlitteratur AB.
- Kaldestad, K. (2018). *Menneskets verdighet i kraft av det hellige rommet*. [Doktorgradsavhandling]. Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier, Åbo Akademi, Vasa.
- Kulzer, S. (2014). Tillit och medlidande i mötet mellan patienten och vårdaren. I L. Wiklund-Gustin (red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (s. 217–229). Studentlitteratur AB.
- Kåss, E. (2021). Terapeutisk. I E. Bolstad (red.), *Store medisinske leksikon*. Hentet 12. mars 2023 fra <https://sml.snl.no/.search?query=terapeutisk>
- Larsen, B. & Terkelsen, B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426–436. <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Lindborg, R. (1991). *Mänskligt och Naturligt*. Norstedt.

- Lindström, U. Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Liber Utbildning AB.
- Lindwall, L. (2015). Kroppen. I L. Wiklund-Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 129–141). Studentlitteratur AB.
- Malm, M. (2015). Själens. I L. Wiklund-Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 143–155). Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Tano AS.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe AS.
- Nilsson, B., Lindström, U. Å. & Nåden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 93–101. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00386.x>
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Synthesizing qualitative studies*. Sage.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/norvoll2007.pdf>
- Norvoll, R., Ruud, T. & Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 135(1), 35–39. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0124>
- Nåden, D. & Eriksson, K. (2000). The phenomenon of confirmation. An aspect of nursing as an art. *International Journal for Human Caring*, 4(3), 23–28. <http://dx.doi.org/10.20467/1091-5710.4.3.23>
- Nåden, D., Foss, B. & Sæteren, B. (2018). Omsorgen betydning og uttrykk i en klassisk tekst. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 241–252. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-06>
- Poulsen, H. D., Søndergård, L., Hansen, C. & Lindhardt, A. (2005). Psykiatriske patienters oplevelse af ophold i skærmede enheder. *Ugeskrift Læger*, 167(5), 509–513. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/psykiatriske-patienters-oplevelse-af-ophold-i-skaermede-enheder>
- Rehnsfeldt, A. (2014). Livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv. I L. Wiklund-Gustin (red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (s. 61–75). Studentlitteratur AB.
- Rehnsfeldt, A. (2015). Ömsesidighet och gemenskap i vårdandet. I L. Wiklund-Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 407–419). Studentlitteratur AB.
- Ruud, T., Rognaldsen, M., Haugom, E. W. & Hynnekleiv, T. (2019). *Hva er skjerming? Utvikling av kunnskapsbasert og pålitelig måling av skjerming i døgnavdelinger i psykisk helsevern* (Rapport). Akershus universitetssykehus. <https://www.akuttnettverket.no/file/rapport-maleskjema-om-skjerming-2019-med-vedlegg.pdf>
- Ruud, T., Haugom, E. W., Pincus, H. A. & Hynnekleiv, T. (2021). Measuring Seclusion in Psychiatric intensive Care: Development and Measurement Properties of the Clinical Seclusion Checklist. *Frontiers in Psychiatry*, 12. Artikkel 768500. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.768500>
- Salzmann-Erikson, M. & Söderqvist, C. (2017). Being Subject to Restrictions, Limitations and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals' Experiences in Psychiatric Intensive Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 540–548. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1299265>
- Sivilombudsmannen (2017, 22. mai). *Redusert bruk av belter, men inngripende skjerming ved Stavanger psykiatriske døgnposter*. Sivilombudet. <https://www.sivilombudsmannen.no/pressemeldinger/reduert-bruk-av-belter-men-inngripende-skjerming-ved-stavanger-psykiatriske-dognposter/>
- Sivilombudsmannen (2018). *Skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling* (Temarapport 2018). Sivilombudet. [https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018\\_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf](https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf)
- Sæteren, B. & Nåden, D. (2021). Det personlige livsrommets betydning for eldres verdighet på sykehjem. *Geriatrisk sykepleie*, (2), 26–35. [https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2021-12/geriatrisksykepleie\\_nr2\\_2021.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2021-12/geriatrisksykepleie_nr2_2021.pdf)



- Thorne, S. (2017). Metasynthetic Madness: What kind of Monster Have We Created? *Qualitative Health Research*, 27(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/1049732316679370>
- Tranvåg, O., Petersen, K. A. & Nåden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: A metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20(8), 861–880. <https://doi.org/10.1177/0969733013485110>
- Tranvåg, O., Luke, R. D. & Nåden, D. (2016). Dignity in dementia care. I O. Tranvåg, O. Synnes & W. McSherry (red.), *Stories of Dignity within Healthcare. Research, narratives and theories* (s. 33–48). M&K Publishing.
- Tranvåg, O. (2017). «I verdighetens navn» – om verdighetsbevarende omsorg for personer med demens. *Demens & Alderspsykiatri*, 21(1), 35–39. <https://www.aldringoghelse.no/i-verdighetens-navn/>
- Tvangsforsk. Nasjonalt nettverk for forskning og kunnskapsutvikling på bruk av tvang innen psykisk helsevern (u.å.). *Nøkkeltall tvang*. [https://tvangsforskning.no/ressurser-og-lenker/noekkelstall\\_tvang/](https://tvangsforskning.no/ressurser-og-lenker/noekkelstall_tvang/)
- Ueland, V. (2013). *Lengsel – en kraft til helse* [Doktorgradsavhandling]. Åbo Akademis förlag.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Von Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Voogt, A. L., Goossens, P.J.J., Nugter, A. & Achterberg, T.v. (2015). The Patient's Perspective on «Providing Structure» in Psychiatric Inpatient Care: An Interview Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(2), 136–147. <https://doi.org/10.1111/ppc.12076>
- Wikipedia, (2022, 22. april). *Terapi*. <https://no.wikipedia.org/wiki/Terapi>
- Wiklund-Gustin, L. (2014). Beroende och frihet. I L. Wiklund-Gustin (red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (s. 381–397). Studentlitteratur AB.
- Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 311–318. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03721.x>